

中華郵政股份有限公司郵政簡易人壽保險恢復契約效力申請書

申請日期：____年____月____日 經辦局：_____

保單號碼：_____ 保險種類：_____ 種類代號：_____ 保險金額：_____元 要保人姓名：_____

附約保險種類：1. _____ 2. _____ 3. _____ 附約種類代號：1. _____ 2. _____ 3. _____ 附約保險金額/日額：1. _____元 2. _____元 3. _____元 停效前最後繳費年月：____年____月

被保險人姓名：_____ 出生日期：____年____月____日 身分證統一編號：_____

職業代號：_____ 職業分類：第_____類(職業及兼職如有異動，本公司將自動更新契約職業類別代號)

一、職業：_____ 工作內容(含兼職)：_____ 身高：_____公分，體重：_____公斤

被 保 險 人 告 白	二、最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	八、過去二年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？ (一) 高血壓症(指收縮壓 140 mmHg 舒張壓 90 mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 (二) 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。 (三) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 (四) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值超過 40IU/L 以上)。 (五) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (六) 視網膜剝離或出血、視神經病變。 (七) 癌症(惡性腫瘤)。 (八) 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 (九) 糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。 (十) 紅斑性狼瘡、膠原症。 (十一) 愛滋病或愛滋病帶原。	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	三、過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	四、過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？ (一) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (二) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 (三) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (四) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 (五) 痛風、高血脂症。 (六) 青光眼、白內障。 (七) 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血。(女性被保險人回答)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	五、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	六、是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	七、過去二年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如有投保傷害保險者，請增答下列各項

知 事 項	九、過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (一) 高血壓症(指收縮壓 140 mmHg 舒張壓 90 mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 (二) 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。 (三) 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。 (四) 糖尿病。 (五) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (六) 視網膜出血或剝離、視神經病變。	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	十、目前身體機能是否有下列障害？ (一) 失明、聾、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。 (二) 是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 O. 3 以下。 (三) 是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB) 以上。	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
-------------	---	--	---	--

上列第二至十項中，如勾選「是」者，請註明項號並將病名、症狀、就診醫院、大約治療期間、經過及結果詳填在本欄。

※本復效申請書暨被保險人告知事項業經本人確認無誤，如有虛偽不實或將被保險人罹患之疾病隱瞞不填之情事者，願依簡易人壽保險法第十五條第二項：「要保人或被保險人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除保險契約」之規定，接受貴公司解除契約，絕無異議。

※本人(被保險人)同意貴公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。

※本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本申請書上載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。

※本人(被保險人、要保人)同意貴公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。

※本契約效力之恢復，應親自填寫申請書並經本公司同意後，溯自繳清應繳保險費及其利息之日起恢復效力。

◎1. 償還墊繳本息方式：全部還清 部分還款月數 _____ 個月 2. 償還保單借款方式：全部還清 部分還款本金 _____ 元 僅還利息。(限 99 年 9 月 1 日以後成立之契約勾選)

被保險人親自簽名蓋章：_____ 要保人親自簽名蓋章：_____

要保人地址：_____ 電話：_____

(如有異動請併填中文資料變動通知書)

要保人、被保險人未成年者，法定代理人簽名：_____ 與要保人或被保險人關係：_____

(未滿七歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名，免蓋章；七歲(含)以上未滿二十歲者，由本人簽章及法定代理人簽名。)

保管年限：契約消滅後 5 年

會 晤 人 員 會 晤 報 告	會 晤 日 期	年 月 日			
	會 晤 地 點	()被保險人住宅 ()被保險人服務處所 ()其他(地點:) ()郵 局 ()被保險人親友住宅			
	被 保 險 人	項 目	正 常	異 常	會 晤 人 員 意 見
		1. 體 格	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 太肥胖 <input type="checkbox"/> 太瘦弱	
	2. 視聽能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 可恢復(0) <input type="checkbox"/> 可恢復(0)	
	3. 面 色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 異常紅潤 <input type="checkbox"/> 青黃 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 蒼 白 <input type="checkbox"/> 烏黑 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 有異常(1) <input type="checkbox"/> 有異常(1)
	4. 步行狀態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 跛 行 <input type="checkbox"/> 行動不便	會 晤 人 員 員 工 編 號	
	5. 身體缺陷	無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 盲 <input type="checkbox"/> 聾 <input type="checkbox"/> 啞 <input type="checkbox"/> 缺一手 <input type="checkbox"/> 缺一足 <input type="checkbox"/> 畸形 <input type="checkbox"/> 關節硬直、麻痺 <input type="checkbox"/> 手指腳趾欠損及機能障害 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 其他		簽 章
	6. 精神狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不良 (請敘述)		
	7. 以上各欄如有異常請述詳情：				左列各項確經本人面晤被保險人屬實，特此負責報告，謹簽具承保意見如上。
8. 嗜好 (請詳填)：					
9. 是否從事危險性較高之活動或運動(如：駕駛輕型飛機、滑翔飛行機具、跳傘、攀岩、高空彈跳、潛水、滑水、滑雪……)：					

記載事項	
------	--

注意	核准恢復之契約，應在保險單背面批註，並加蓋戳記及經辦員章後，將保險單寄經辦局轉發保戶。
----	---

本公司 (壽險處) 批註	<input type="checkbox"/> 1. 同意恢復契約效力。 復效日期：_____。	經辦局	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 儲匯壽險專用章： </div>
	<input type="checkbox"/> 2. 不同意恢復契約效力， 原因：_____。		
	經辦：_____		經辦：_____
	主管：_____		主管：_____

	辦 發 中
--	-------------

中華郵政股份有限公司郵政簡易人壽保險恢復契約效力申請書

申請日期：____年____月____日 經辦局：_____

保單號碼	保險種類	種類代號	保險金額	元	要保人姓名
------	------	------	------	---	-------

附約保險種類			附約種類代號			附約保險金額/日額			停效前最後繳費年月		年	月
1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.				

被保險人姓名	出生日期	年	月	日	身分證統一編號
--------	------	---	---	---	---------

職業代號：_____ 職業分類：第_____類(職業及兼職如有異動，本公司將自動更新契約職業類別代號)

一、職業：_____ 工作內容(含兼職)：_____ 身高：_____公分，體重：_____公斤

被保險人告知事項	二、最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	八、過去二年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？ (一) 高血壓症(指收縮壓 140 mmHg 舒張壓 90 mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 (二) 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。 (三) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 (四) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值超過 40IU/L 以上)。 (五) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (六) 視網膜剝離或出血、視神經病變。 (七) 癌症(惡性腫瘤)。 (八) 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 (九) 糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。 (十) 紅斑性狼瘡、膠原症。 (十一) 愛滋病或愛滋病帶原。	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	三、過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	四、過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？ (一) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (二) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 (三) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (四) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 (五) 痛風、高血脂症。 (六) 青光眼、白內障。 (七) 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血。(女性被保險人回答)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	五、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	六、是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	七、過去二年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如有投保傷害保險者，請增答下列各項

知事項	九、過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (一) 高血壓症(指收縮壓 140 mmHg 舒張壓 90 mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 (二) 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。 (三) 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。 (四) 糖尿病。 (五) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (六) 視網膜出血或剝離、視神經病變。	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	十、目前身體機能是否有下列障害？ (一) 失明、聾、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。 (二) 是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 O. 3 以下。 (三) 是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB) 以上。	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
-----	---	--	---	--

上列第二至十項中，如勾選「是」者，請註明項號並將病名、症狀、就診醫院、大約治療期間、經過及結果詳填在本欄。

※本復效申請書暨被保險人告知事項業經本人確認無誤，如有虛偽不實或將被保險人罹患之疾病隱瞞不填之情事者，願依簡易人壽保險法第十五條第二項：「要保人或被保險人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除保險契約」之規定，接受貴公司解除契約，絕無異議。

※本人(被保險人)同意貴公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。

※本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本申請書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。

※本人(被保險人、要保人)同意貴公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。

※本契約效力之恢復，應親自填寫申請書並經本公司同意後，溯自繳清應繳保險費及其利息之日起恢復效力。

◎1. 償還墊繳本息方式：全部還清 部分還款月數_____個月 2. 償還保單借款方式：全部還清 部分還款本金_____元 僅還利息。(限 99 年 9 月 1 日以後成立之契約勾選)

被保險人親自簽名蓋章：_____ 要保人親自簽名蓋章：_____

要保人地址：_____ 電話：_____

(如有異動請併填中文資料變動通知書)

要保人、被保險人未成年者，法定代理人簽名：_____ 與要保人或被保險人關係：_____

(未滿七歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名，免蓋章；七歲(含)以上未滿二十歲者，由本人簽章及法定代理人簽名。)

會 晤 人 員 會 晤 報 告	會 晤 日 期	年 月 日			
	會 晤 地 點	()被保險人住宅 ()被保險人服務處所 ()其他(地點:) ()郵 局 ()被保險人親友住宅			
	被 保 險 人	項 目	正 常	異 常	會 晤 人 員 意 見
		1. 體 格	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 太肥胖 <input type="checkbox"/> 太瘦弱	
	2. 視聽能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 可恢復(0) <input type="checkbox"/> 可恢復(0)	
	3. 面 色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 異常紅潤 <input type="checkbox"/> 青黃 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 蒼 白 <input type="checkbox"/> 烏黑 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 有異常(1) <input type="checkbox"/> 有異常(1)
	4. 步行狀態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 跛 行 <input type="checkbox"/> 行動不便	會 晤 人 員 員 工 編 號	
	5. 身體缺陷	無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 盲 <input type="checkbox"/> 聾 <input type="checkbox"/> 啞 <input type="checkbox"/> 缺一手 <input type="checkbox"/> 缺一足 <input type="checkbox"/> 畸形 <input type="checkbox"/> 關節硬直、麻痺 <input type="checkbox"/> 手指腳趾欠損及機能障害 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 其他		簽 章
	6. 精神狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不良 (請敘述)		
	報 告	7. 以上各欄如有異常請述詳情：	左列各項確經本人面晤被保險人屬實，特此負責報告，謹簽具承保意見如上。		
錄	8. 嗜好 (請詳填)：				
	9. 是否從事危險性較高之活動或運動(如：駕駛輕型飛機、滑翔飛行機具、跳傘、攀岩、高空彈跳、潛水、滑水、滑雪……)：				

記載事項	
------	--

注意	核准恢復之契約，應在保險單背面批註，並加蓋戳記及經辦員章後，將保險單寄經辦局轉發保戶。
----	---

本公司 (壽險處) 批註	<input type="checkbox"/> 1. 同意恢復契約效力。 復效日期：_____。	經辦局	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 儲匯壽險專用章： </div>
	<input type="checkbox"/> 2. 不同意恢復契約效力， 原因：_____。		
	經辦：_____		經辦：_____
	主管：_____		主管：_____

	辦 發 由
3541、3542、3821	

